

Alexandra Freches Duque¹

ESCLEROSE MÚLTIPLA E PSICOTERAPIA A Hipnose Clínica como ferramenta Psicoterapêutica*

Resumo: A Esclerose Múltipla é uma doença inflamatória e desmielinizante crônica, imuno-mediada, com expressão clínica variável. Com esta revisão da literatura pretendemos compreender em que medida a Hipnose Clínica se poderá assumir como um recurso terapêutico eficaz no contexto da adaptação e vivência da Esclerose Múltipla. Reflectiremos acerca das características da Esclerose Múltipla, da Hipnose Clínica e do impacto dos processos psicoterapêuticos, de uma forma geral, no ser humano. É então possível concluir que a Hipnose Clínica se poderá assumir como uma ferramenta terapêutica útil no contexto da Esclerose Múltipla, por incluir na sua abordagem a exploração de aspectos vivenciais de grande impacto emocional, abordando e agindo em simultâneo sobre as sensações corporais associadas às mesmas, facilitando a integração de uma “consciência” do corpo fundamental para a vivência de um portador desta patologia. Apesar disso, é inegável a necessidade de se realizarem estudos específicos acerca do tema.

Palavras-chave: Esclerose múltipla; hipnose clínica; intervenção psicoterapêutica.

MULTIPLE SCLEROSIS AND PSYCHOTHERAPY Clinical Hypnosis as an useful therapeutic tool

Abstract: Multiple sclerosis is an inflammatory demyelinating and chronic disease, immune-mediated, with variable clinical expression. With this literature review we intend to understand the extent to which Clinical Hypnosis to be assumed as an effective therapeutic tool in the context of adaptation and experience of Multiple Sclerosis. We will reflect about the characteristics of Multiple Sclerosis, Clinical Hypnosis and about the impact of psychotherapeutic procedures in humans. It is then possible to conclude that the Clinical Hypnosis can be assumed as an useful therapeutic tool in the context of Multiple Sclerosis, because it includes in its approach the exploration of experiential aspects with great emotional impact, addressing and acting simultaneously on its body repercussions, facilitating the integration of an "awareness" of the body, fundamental for the experience of the patient. Nevertheless, it is undeniable the need to carry out specific and complete studies on this subject.

Keywords: Multiple sclerosis; clinical hypnosis; psychotherapeutic intervention.

¹ Assistente convidada no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (Portugal)
Doutoranda na School of Applied Psychology da University College Cork (Irlanda)
(alexandra.f.duque@gmail.com)

*A autora não escreve segundo o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa

Introdução

Nas últimas décadas a psicoterapia tem vindo a ocupar-se com a comprovação da eficácia das suas intervenções, sendo inúmeros os trabalhos realizados neste âmbito, sendo cada vez mais reconhecida a complexidade dos múltiplos níveis do Ser Humano, desde a experimentação individual do mundo à interação social (Gilbert & Orlans, 2011). Neste sentido, tem-se vindo a verificar um movimento de integração dos múltiplos modelos psicoterápicos já desde os anos trinta do século XX, apesar da progressão deste movimento se objectivar de uma forma muito lenta ao longo dos anos (Serra, 2003). A este respeito já Ferenczi referia, num trabalho escrito em 1933, as limitações do “schoolism” numa revisão da literatura acerca das abordagens clínicas da psicanálise perante o trauma relacional precoce (Ferenczi cit. por Gilbert & Orlans, 2011).

Assim o presente trabalho perceber as potencialidades das técnicas de Hipnose Clínica quando aplicadas no contexto de uma patologia com cariz psicossomático (Biondi & Lancia, 1990; Shundoff, 2005) e de grande sofrimento para o portador. Esta abordagem terapêutica permite, não só, transformar e integrar eventuais aspectos traumáticos ocorridos no passado do paciente, para além de promover a identificação de padrões vivenciais e/ou relacionais associados ao desenvolvimento e progressão da Esclerose Múltipla (EM) mantendo, em simultâneo, um foco emocional e corporal de forma a desenvolver no portador de EM uma “consciência” do corpo que lhe permitirá, no dia-a-dia, perceber as suas manifestações no plano simbólico, bem como o correlato emocional da sintomatologia da EM.

Contudo, apesar de não se encontrar na literatura um número significativo de referências a programas psicoterapêuticos destinados a esta patologia, pretende-se elaborar uma reflexão que una uma abordagem psicológica do portador de EM no contexto do desenvolvimento da sua patologia. Por se tratar de uma patologia do Sistema Nervoso Central (SNC), torna-se então relevante incluir no presente trabalho uma abordagem ao contributo mútuo da evolução das neurociências do ponto de vista da psicoterapia.

Neurociências e Psicoterapia

De acordo com a evolução das neurociências, a psicologia e a psicoterapia têm também vindo a ocupar-se do estudo das alterações cerebrais consequentes dos processos psicoterapêuticos. Dessa forma, é já possível encontrar vários trabalhos de investigação acerca dos efeitos cerebrais da psicoterapia (Furmark et al, 2002; Gabbard, 2000; Kandel, 2001; Liggan & Kay, 1999; Linden, 2006; Linden & Fallgatter, 2009; Martin, Martin, Rai, Richardson & Royall, 2001; Paquette et al, 2003; Peres & Nasello, 2007; Roffman, Marci, Glick, Dougherty & Rauch, 2005).

Neste sentido, já não parecem existir dúvidas de que a psicoterapia pode resultar em mudanças detectáveis no cérebro, pelo que as questões relacionadas com os efeitos neurobiológicos da psicoterapia são agora vistos como um dos aspectos mais relevantes das neurociências (Peres & Nasello, 2007).

Apesar de o estudo biológico da psicoterapia estar ainda a dar os primeiros passos, várias linhas de pesquisa referem o importante papel da neuroimagem na avaliação dos mecanismos da psicopatologia e das intervenções terapêuticas, assim como na previsão de resultados terapêuticos (Ethin, Pittenger, Polan & Kandel, 2005). Os resultados que têm vindo a ser publicados são consistentes entre si, afirmando que as abordagens psicoterapêuticas estudadas condicionaram alterações nos circuitos neurais disfuncionais, associados com as perturbações em questão (Peres & Nasello, 2007).

Na verdade, as mudanças condicionadas pela psicoterapia, inscritas a um nível mental, são coincidentes com o registo de alterações no fluxo sanguíneo, bem como com a normalização das dinâmicas neuronais dos pacientes (Gabbard, 2000), sendo mesmo possível apresentar como corolário destas descobertas o título de um artigo de Paquette e cols. (2003) “Change the mind, and you change the brain”, o que poderá ter uma importância acrescida no que se refere a patologias relacionadas com o Sistema Nervoso Central.

Por outro lado, no que se refere especificamente à abordagem psicoterapêutica de eventos traumáticos ao longo da história de vida da pessoa, Peres, Mercante e Nasello (2005) referem que a forma como as pessoas

processam esse evento potencialmente traumático é fundamental para gerar, ou não, o trauma propriamente dito. Desta forma, o trauma propriamente dito não depende somente do estímulo *stressor* mas, principalmente, do processamento perceptivo e dos padrões de representação da realidade presentes no indivíduo. Assim, as memórias emocionalmente carregadas assumem-se como representações subjectivas de um evento, encontrando-se muitas vezes distorcidas e distantes do evento original. Contudo, é crucial não esquecer que, para o indivíduo, esta representação, e sobretudo o seu significado emocional, são sempre absolutamente verídicos, mesmo que sejam significativamente diferentes de relatos de outras pessoas com as quais partilharam no passado esse momento. Desta forma, a dinâmica psíquica associada a memórias emocionais pode ser mutável, como sabemos e como se verifica na prática clínica, especialmente quando o processo inconsciente de interpretação da situação traumática se torna consciente (Peres, Mercante & Nasello, 2005).

É assim possível verificar que, apesar de a repercussão deste tipo de investigação ser, obviamente, relevante para todos os utentes de psicoterapia, poderá contudo ter um impacto ainda mais relevante no que concerne a patologias do SNC, como é o caso da EM, uma vez que se rá sobre este sistema que irá incidir com maior relevância.

A Hipnose Clínica como ferramenta Psicoterapêutica

Por tudo isto, nos dias de hoje é já impossível negar a estreita relação entre mente e corpo, assumindo-se o Ser Humano como um sistema integrado, organizado em aspectos físicos, biológicos, psicológicos, comportamentais e sociais em contínua interacção directa com o ambiente (Ford & Urban, 1998). Desta forma, cada vez mais é necessário implementar programas de intervenção dinâmicos, constituídos com base na integração entre os componentes físicos, psíquicos e sociais. Neste sentido, o desenvolvimento de um programa de intervenção psicológica, terá, necessariamente que ter em conta uma visão holística do ser humano, conjugando aspectos psicológicos, físicos, sociais e até mesmo espirituais. Será então necessária uma abordagem integrada

de múltiplas correntes psicoterapêuticas, surgindo a hipnose clínica, no contexto de uma abordagem psicodinâmica como uma resposta que permite integrar aspectos fundamentais do corpo na abordagem psicoterapêutica.

A investigação que tem vindo a ser realizada no âmbito da Hipnose Clínica tem vindo a demonstrar um significativo nível de eficácia terapêutica, parecendo comprovar a utilidade do recurso a este tipo de técnicas nos processos psicoterapêuticos, sendo mesmo sugerido que, através deste procedimento, é mesmo possível alterar consideravelmente funções que envolvem o Sistema Nervoso Autónomo (Mello & Arruda, 2000), assumindo-se com especial importância no contexto da EM.

Segundo Hadley e Staudacher (1996), a hipnose tem vindo a ganhar força e aceitação, como parte da evolução do sistema de saúde, podendo ser surpreendentemente eficaz e, muitas vezes, directamente responsável por grandes mudanças no padrão de vida de um indivíduo. Assim, o uso da hipnose na prática clínica tem vindo a ganhar aceitação como potencial estratégia terapêutica, especialmente no que se refere à dor aguda ou crónica, apresentando, portanto repercussões físicas de extrema importância para o portador de EM.

O aumento de popularidade da Hipnose Clínica é, contudo, provavelmente devido a vários factores, como a necessidade de controlar os custos de cuidados de saúde, a facilidade de administração e o reduzido número de efeitos colaterais, para além do óbvio reconhecimento científico potenciado pela existência de um número crescente de estudos que demonstram a eficácia da hipnose, particularmente no que se refere ao tratamento da dor, através de alterações neurofisiológicas que ocorrem como resultado da analgesia hipnótica (Stoelb, Molton, Jensen & Patterson, 2009). Neste sentido, várias técnicas têm vindo a surgir no campo alargado da Hipnose Clínica, como a Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva (TRVC) definida como uma técnica que procura que o sujeito vivencie, sob Estado Modificado de Consciência (EMC), a experiência que, real ou simbolicamente, esteve total ou parcialmente na origem da perturbação mental, psicossomática ou outra, facilitando-se uma eventual ab-reacção que liberte tensões corporais disfuncionais associadas.

Pretende-se, portanto, uma reestruturação cognitiva e emocional personalizada e com intuito terapêutico, das vivências experimentadas na sessão (Resende, 2003). Para Simões e Peres (2003), esta técnica inscreve-se numa terapia global que vai muito além da adaptação do paciente ao ambiente, às normas, ao trabalho e aos demais contextos vivenciais e culturais, tendo com o objectivo fornecer ao indivíduo um maior contacto com a própria consciência do Eu, ampliando, assim, o seu campo de consciência. Neste sentido, sob EMC, o paciente selecciona e vivencia situações marcantes e significativas relacionadas com o problema que está a trabalhar, trazendo conteúdos que experimenta, normalmente, com grande libertação emocional de grande repercussão física (Simões & Peres, 2003). Trata-se, portanto, de uma regressão de memória, a experiências vivenciadas no passado, tendo em conta o significado simbólico atribuído pelo Eu. Ou seja, visa assim o resgate de conteúdos do inconsciente, fazendo emergir, ou trazendo ao consciente, registos traumáticos que, após libertação de toda a carga emocional associada, é esgotada a energia da vivência tornando-a inofensiva. Após esta “descarga emocional” torna-se então possível o processamento e a integração da experiência traumática sem quaisquer condicionamentos, libertando, assim, o indivíduo de um registo inconsciente condicionativo (Antunes, 2007).

Neste sentido, as sessões em EMC levam o paciente a vivências que o próprio identifica como pertencendo à sua infância, vida peri-natal ou outras mais simbólicas (Simões & Peres, 2003). Assim, para que a vivência subjectiva seja válida e “curativa”, de modo algum poderá haver qualquer tipo de indução, por parte do terapeuta, de quaisquer conteúdos das vivências (Resende, 2003), trabalhando-se qualquer uma das referidas vivências como uma verdade subjectiva, pois resulta de uma atribuição do próprio inconsciente do sujeito em EMC (Simões & Peres, 2003).

Como vimos anteriormente, no que se refere à recordação de eventos traumáticos, o trauma propriamente dito não depende somente do estímulo *stressor* mas, principalmente, do processamento perceptivo e dos padrões de representação da realidade presentes no indivíduo (Peres, Mercante & Nasello, 2005). Neste sentido, as

memórias com grande carga emocional assumem-se, meramente, como representações subjectivas de um evento, encontrando-se muitas vezes distorcidas e distantes da “verdade” do evento original. Apesar disso, para o paciente, esta representação assume-se como um relato fiel, absolutamente verídico, do evento potencialmente traumático, tratando-se no fundo de uma verdade subjectiva. Desta forma, a dinâmica psíquica associada a memórias emocionais pode ser mutável, como sabemos e como se verifica na prática clínica, especialmente quando o processo inconsciente de interpretação da situação traumática se torna consciente (Peres, Mercante & Nasello, 2005), o que se pretende conseguir com o recurso à TRVC. Neste sentido, as vivências experimentadas na sessão terão que ser exclusivamente trazidas pelo sujeito, representando, portanto, um acesso ao “material inconsciente”. O terapeuta assume-se, assim, como um facilitador da emersão, transformação e integração do material inconsciente, auxiliando o paciente, para que ele próprio possa encontrar os meios para atingir uma mudança no seu padrão de comportamento (Simões & Peres, cit. por Resende, 2003).

Neste sentido, esta técnica terapêutica permite, não só, transformar e integrar eventuais aspectos traumáticos trazidos à sessão pelo próprio paciente, como também realizar a identificação dos eventos de alguma forma se associem ao início e progressão da EM, de forma a perceber se é possível identificar padrões vivenciais e/ou relacionais, relacionados com a patologia, a adaptação à mesma ou mesmo descobrir recursos do paciente que o ajudem a enfrentar a sua realidade. Por outro lado, a TRVC permite ainda realizar um constante paralelo entre a vivência experimentada e as sensações corporais, facilitando ainda o desenvolvimento e integração de uma “consciência” do corpo, absolutamente fundamental no processo psicoterapêutico associado a uma patologia que tal como referido por alguns autores, poderá ser considerada como uma patologia de grande cariz psicossomático (Biondi & Lancia, 1990; Shundoff, 2005).

No que se refere à investigação da Hipnose Clínica no âmbito específico da EM, podemos verificar que, nas últimas décadas, várias são as publicações que se debruçam sobre o cruzamento destas duas temáticas, apontan-

do para a existência de vários benefícios na utilização desta técnica no âmbito da EM, assim, como novas questões de investigação a explorar pela comunidade científica. Neste sentido, Jensen, et al. (2011) referem-se aos benefícios encontrados no seu projecto de intervenção, delineado para o tratamento da dor crónica em portadores de EM, referindo a obtenção de melhores resultados no grupo submetido a uma intervenção de reestruturação que combina aspectos cognitivos e hipnóticos, comparativamente com o grupo submetido ao treino de auto-hipnose, apesar de este grupo ter obtido melhores resultados quando comparado com os grupos submetidos a uma intervenção de carácter cognitivo ou a uma intervenção psicoeducativa. Por outro lado, Jensen, et al. (2009), referem-se à eficácia do treino de auto-hipnose para a gestão da dor em portadores de EM, quando comparado com o modelo de Relaxamento Muscular Progressivo.

Assim, os referidos trabalhos permitem não só perceber e sublinhar o potencial nível de eficácia associada a uma intervenção delineada com base nos princípios da Hipnose Clínica, principalmente quando coadjuvada por aspectos associados à intervenção terapêutica de índole cognitiva, como proposto pela TRVC, como também incentivar a utilização do treino de auto-hipnose como recurso posterior à intervenção terapêutica.

A Esclerose Múltipla: Aspectos Neurobiológicos e Psicopatológicos

A Esclerose Múltipla assume-se como uma doença desmielinizante progressiva do SNC, considerada actualmente como crónica e incapacitante e que, por isso mesmo, exige sempre algum nível de adaptação por parte do portador, e daqueles com quem este convive, às condições impostas pela doença (Almeida, Rocha, Nascimento, & Campelo, 2007).

Trata-se de uma patologia inflamatória e desmielinizante caracterizada pelo aparecimento de lesões dispersas pela substância branca do neuro-eixo, sendo as lesões placas desmielinizantes, que condicionam perda de mielina, destruição axonal e formação de cicatrizes gliais em conjunto com uma reacção inflamatória de maior ou menor exuberância (Fontoura, 2010), que condicionam uma disfunção neurológica transitória ou progressiva

(Ginestal & Simões, 2010). É pois uma patologia imuno-mediada, na qual se verifica um ataque auto-imune contra a mielina do SNC despoletado pela interacção entre agentes infecciosos com o Sistema Imunitário (SI) (Fontoura, 2010).

Ao contrário do que se supunha até há bem pouco tempo, o processo inflamatório ocorre na EM de forma difusa em todo o SNC, sendo constante (mesmo que subclínico) (Almeida, 2010), a desmielinização existe apenas nas lesões, dando origem a surtos de manifestação clínica. A expressão clínica da EM é assim variável, não existindo sintomas típicos de EM por reflectirem de um modo geral, a distribuição daquelas lesões.

O processo inflamatório associado à EM tem origem fora do SNC, resultando da actuação de mediadores celulares como os linfócitos T CD8 e os monócitos que invadem o SNC em sequência da activação do endotélio dos capilares e disfunção da barreira hemato-encefálica, com posterior libertação de moléculas imunoinfluentes (antígenos leucocitários humanos – HLA) no parênquima nervoso. Contudo, as lesões inflamatórias desmielinizantes na EM podem ocorrer por vias imunológicas diversas e resultar de antígenos múltiplos no SNC (Almeida, 2010). Apesar de todas as provas existentes acerca da participação do SI na fisiopatologia desta doença, continua a não ser claro se a EM é uma doença auto-imune ou apenas imuno-mediada (Fontoura, 2010).

Como refere Pedrosa (2010), o diagnóstico de EM é puramente clínico, por não existir qualquer teste laboratorial ou radiológico patognomónico que o certifique, apesar de a evolução da Ressonância Magnética ter vindo a permitir um diagnóstico mais precoce e com maior nível de certeza. Assim, o diagnóstico de EM passa, também, pela exclusão de doenças com curso e sintomas semelhantes à EM, o que tendo em conta que a EM apresenta manifestações clínicas iniciais muito variáveis, conduz à necessidade de exclusão de múltiplos potenciais diagnósticos (Macário, 2010).

Verifica-se assim, uma grande dificuldade no diagnóstico diferencial que, quando é finalmente conseguido, acaba por pôr invariavelmente termo a um longo período de incerteza e tormenta vivenciado pelo portador e família, sem que contudo seja sinónimo de entrada de um pe-

rído menos difícil. Neste sentido o “dar um nome aos sintomas” parece assumir-se, para muitos portadores, como uma vitória que segue uma longa batalha e procura de múltiplos especialistas, um número muitas vezes quase tão vasto quanto a multiplicidade dos sintomas iniciais da patologia. Contudo, na maior parte das vezes, conhecer o nome da doença não se torna sinónimo de um menor número de problemas. Assim, a aceitação e a adaptação a uma doença crónica como a EM não é fácil, uma vez que a sua evolução é, como vimos, variável e incerta, sendo comum quer o agravamento quer a remissão dos sintomas, tornando a sua progressão imprevisível, assim como o grau de incapacidade que irá ser atingido pelo portador a curto, médio ou longo-prazo.

Deste modo, o paciente pode conviver bem com a EM até que um surto mais forte mude o quadro sintomático e exija maior adaptação às perdas decorrentes (Almeida, Rocha, Nascimento, & Campelo, 2007). Mas até neste ponto parecem subsistir as dificuldades para os portadores, uma vez que o conceito de “surto” é muitas vezes erroneamente interpretado no dia-a-dia da EM. Nesse sentido, Correia e Cordeiro (2008) referem que um surto é um episódio de agravamento doença que dura necessariamente mais de vinte e quatro horas, persistindo durante quatro semanas. Por outro lado, Marques (2010) refere-se a surtos, também chamados como recidivas, ataques, exacerbações ou episódios, como a ocorrência, recorrência ou agravamento de uma disfunção neurológica que tenha uma duração igual ou superior a 24 horas. A disfunção atinge o seu ponto mais alto, estabiliza e em seguida dá lugar a uma recuperação que pode ser parcial ou total. Contudo, apesar de parecer uma definição óbvia e de fácil reconhecimento, quer para o doente quer para o clínico, a realidade nem sempre é assim, uma vez que existe uma linha muito ténue entre um “surto” e a vasta multiplicidade de sintomas recorrentes, diários, que já se tornaram “normais” no dia-a-dia do portador e respectiva família.

Assim, no universo da Esclerose Múltipla, muitos são os desafios que, diariamente, portador e família enfrentam; a possibilidade de surtos, o declínio progressivo de múltiplas capacidades ou os “sintomas invisíveis” são, por certo, alguns dos receios que assolam portado-

res de EM e suas famílias. Num seminário acerca dos sintomas invisíveis da EM Jeffrey Gingold, portador de EM e autor de dois livros, escritos na primeira pessoa acerca do universo da EM, partilhou a sua experiência referente aos desafios cognitivos - a sua “cadeira de rodas invisível”. Para o Jeffrey Gingold, esses desafios incluem a perda de memória, incapacidade de realizar múltiplas tarefas, dificuldade em seguir direcções e a perda de controlo sobre o seu pensamento a meio de uma frase (RMMSC, 2010). Assim, para quem é confrontado com esta patologia, o mundo parece desabar, as inúmeras questões que surgem, rapidamente se tornam num turbilhão de ruído que, momento a momento, tende a isolar o portador do mundo que o rodeia. Neste sentido, as questões emocionais em torno desta patologia tornam-se incontornáveis, existindo a este nível, muitos estudos que se debruçam sobre a existência e relevância das questões emocionais associadas à EM.

Vários autores referem que a depressão é comum na EM, com uma probabilidade de cerca de 50% de ocorrência ao longo da vida, após o diagnóstico (Rabinowitz & Arnett, 2009). Para além da depressão, também outras Perturbações Emocionais são mais comuns na EM comparativamente com outras doenças crónicas com níveis comparáveis de dificuldade motora e física (Rabinowitz & Arnett, 2009). Um aspecto central nesta patologia é também a existência de alterações cognitivas em cerca de 40 a 65% dos portadores de EM (Vale, 2010), bem como a sua associação com múltiplas Perturbações Emocionais, entre as quais a Ansiedade e a Depressão (Rabinowitz & Arnett, 2009).

A investigação, ao longo de vários trabalhos, tem vindo a fornecer algumas evidências acerca da existência de uma estreita relação entre estados emocionais e actividade inflamatória na EM, tornando evidente que a doença se encontra associada a grandes consequências sociais e psicológicas (Sutherland, Andersen & Morris, 2005). Além disso, tendo em conta que a idade de início da EM se localiza, tipicamente, entre os 20 e os 50 anos, torna-se também evidente uma clara interferência da doença com o emprego, redes sociais, relacionamento sexual e familiar, planos futuros e expectativas de vida, assim como com as actividades gerais da vida diária, não sendo

então surpreendente que altos níveis de stress psicossocial, associados à depressão, ansiedade e redução do bem-estar venham a ser relatados em populações com EM (Sutherland, Andersen & Morris, 2005).

Num estudo longitudinal realizado por Rabinowitz e Arnett (2009), foram avaliadas a Disfunção Cognitiva, as Estratégias de Coping e a Depressão na EM; os resultados que apresentam indicam que as estratégias de coping de portadores de EM são simultaneamente mediadoras e moderadoras parciais da relação entre a disfunção cognitiva e a depressão (Rabinowitz & Arnett, 2009).

A teoria referente às estratégias de coping de Lazarus e Folkman (cit. por Rabinowitz & Arnett, 2009) tem vindo a ser aplicada à EM, bem como a outras doenças crónicas, sugerindo que a adaptação à doença é determinada pelos parâmetros da doença, ou agentes *stressores*, como a duração, incapacidade e gravidade da doença e mediada pelas estratégias de coping, ou recursos internos, que o portador consegue pôr em prática de forma a ultrapassar as dificuldades com que se depara (Rabinowitz & Arnett, 2009).

Neste sentido, tem-se vindo a verificar que a literatura centrada na doença crónica tem demonstrado que altos níveis de depressão estão associados com estratégias de coping focalizado na emoção, enquanto as estratégias de coping focalizado no problema se associam a uma melhor adaptação e menores níveis de sofrimento (Rabinowitz & Arnett, 2009). Ou seja, o doente crónico apresentará então mais benefícios emocionais quando os seus recursos internos lhe permitirem exibir comportamentos que, de uma forma activa, pretendem alterar a fonte de *stress*. Contudo, embora grande parte da pesquisa se tenha baseado na distinção entre estratégias de coping focalizadas no problema ou emoção, as evidências sugerem que estes dois subtipos de coping não podem ser vistos como constructos unitários mas antes como um contínuo que permita ao indivíduo regular, momento a momento e de uma forma eficaz, o seu comportamento e a sua emoção (Rabinowitz & Arnett, 2009).

Especificamente no que se refere à EM, tem vindo a ser referido na literatura que existe uma menor probabilidade de os portadores adoptarem por si só estilos de coping eficazes, ou que resultem numa adaptação positi-

va, como a resolução de problemas e a procura de suporte social, por estas se relacionarem predominantemente com características que afectam a forma como os indivíduos avaliam os seus sintomas, como o "optimismo" ou a "robustez psicológica", tendencialmente pouco presentes nos portadores de EM (Rigby, Thornton & Young, 2008).

Esclerose Múltipla, Psicoterapia e Hipnose Clínica

No que se refere à intervenção psicoterapêutica na EM, Eklund e MacDonald (1991) referem-se à eficácia psicoterapêutica confirmada por vários trabalhos, nomeadamente o recurso a terapias cognitivo-comportamentais para reduzir a sintomatologia psicossocial na EM, referindo que este estudo remonta à década de 1950. Contudo, segundo Foley, Bedell, LaRocca e Scheinberg (1987), a literatura compreende principalmente estudos de caso e estudos sem grupo de controlo referentes à hipnoterapia, *bio-feedback*, psicoterapia psicodinâmica, programas psicoeducativos e psicoterapia de apoio. Embora haja poucos estudos realizados no âmbito da EM que tenham utilizado técnicas de relaxamento, alguns trabalhos têm vindo a indicar que a utilização de técnicas de relaxamento com portadores de EM pode influenciar positivamente a ansiedade, o *stress* psicológico, a capacidade para lidar com agentes *stressores*, bem como alguns aspectos do humor como o humor depressivo (Sutherland, Andersen & Morris, 2005).

Segundo Eklund e MacDonald (1991), a maioria dos técnicos que tem vindo a publicar trabalhos acerca de intervenções terapêuticas eficazes com portadores de EM, têm defendido uma abordagem holística, em que os sintomas físicos e psicológicos sejam considerados em conjunto no âmbito de um sistema integrado. Neste sentido, referem que a existência de vários estudos que têm documentado o valor de uma intervenção directa e optimista que aborde queixas específicas dos pacientes. Neste sentido, as características pessoais e as estratégias de coping que podem ter impacto sobre o sofrimento, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida relacionam-se com o conceito de auto-eficácia (Bandura cit. por Rigby, Thornton & Young, 2008), incorporando conceitos como domínio, auto-estima e uma sensação de controlo sobre os eventos actuais e futuros.

Existe assim uma maior probabilidade de indivíduos com fortes crenças de auto-eficácia estabelecerem metas mais elevadas e de serem mais persistentes na prossecução das mesmas, para além de se tenderem a sentir menos desamparados. Assim, a sensação de auto-eficácia relativa aos desafios da doença encontra-se associada à gestão da doença, ajustamento psicossocial, actividades sociais e pensamentos negativos associados com a EM (Rigby, Thornton & Young, 2008).

Este contexto psicológico parece assim sugerir a possibilidade de intervir para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, especificamente através do desenvolvimento de estratégias de coping, auto-eficácia e diminuição dos níveis de depressão associados à EM. Neste sentido, verifica-se a existência de um reconhecimento generalizado de que pacientes com EM apresentam, do ponto de vista holístico, necessidades complexas que exigem a utilização de uma vasta gama de recursos profissionais, multidisciplinares, e informais, tendo-se vindo a verificar que este tipo de intervenções apresentam uma maior eficácia no que se relaciona com a obtenção de uma melhor qualidade de vida (Rigby, Thornton & Young, 2008).

Embora o tratamento de sintomas físicos possa e traga, indubitavelmente, benefícios psicológicos, o contrário é também verdade. Desta forma, a relação entre os diversos aspectos psicológicos e emocionais da qualidade de vida e sintomas físicos, enfatizam a necessidade bem como o valor de intervenções dentro de um quadro psicológico. Neste sentido, vários estudos têm vindo a apresentar resultados provenientes de tais intervenções, apresentando o alívio da depressão como objectivo predominante, embora incluindo outras variáveis psicológicas e sociais, como a redução do *stress*, estratégias de coping, e a promoção de relações sociais. Nos referidos estudos, a psicoterapia de grupo tem sido o recurso dominante, embora a natureza dos procedimentos possa variar conforme indicado acima (Rigby, Thornton & Young, 2008). Apesar das críticas metodológicas apontadas a

grande parte destes trabalhos, os resultados destas intervenções têm apresentado significativas melhorias para aspectos como depressão, embora não tenha ainda sido clarificado que os aspectos terapêuticos específicos contribuem para estes resultados positivos no âmbito da EM.

Conclusão

No contexto da realidade actual em que a doença crónica está cada vez mais presente, e a partir de idades cada vez mais precoces, torna-se crucial não só o desenvolvimento de investigação que permita encontrar as causas deste desenvolvimento mas também encontrar estratégias psicoterapêuticas que ajudem os (já) pacientes a lidar com o seu dia-a-dia e a encontrar recursos que lhes permitam uma melhor gestão da sua patologia e reacções adversas à mesma.

Apesar de este trabalho apenas objectivar uma revisão da literatura, podemos ainda referir a realização de algumas sessões exploratórias de hipnose clínica, no contexto de processos psicoterapêuticos de média e longa duração, com grande impacto para os pacientes. Estas sessões exploratórias, apesar de se centrarem em temas distintos para cada um dos pacientes, trouxeram à realidade de cada um uma nova compreensão dos seus padrões automáticos de comportamento, bem como a descoberta de recursos próprios escondidos que puderam começar a implementar como estratégias diárias para enfrentar os seus desafios únicos. Os resultados obtidos com estas sessões levam-nos a preparar um programa terapêutico de média duração de forma a testar científica e clinicamente esta abordagem já que, apesar das suas limitações, por exemplo não obtivemos resultados com pacientes com *deficit* cognitivo significativo, nos parece uma ferramenta terapêutica de grande impacto.

Então, é assim de crucial importância desenvolver estudos empíricos estruturados que tragam uma maior compreensão acerca do impacto do recurso à hipnose clínica no contexto da EM, assim como em outras patologias crónicas.

Referências bibliográficas

- Almeida, L.B. (2010). A Patologia da esclerose múltipla. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à esclerose múltipla* (pp. 73-89). Lisboa: Biogen Idec.
- Almeida, L.H.R.B., Rocha, F.C., Nascimento, F.C.L. & Campelo, L.M. (2007). Ensinando e aprendendo com portadores de esclerose múltipla: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 4(60), 460-463.
- Antunes, J. (2007). *Consciência – Um percurso singular*. Porto: Edições Ecopy.
- Biondi, M. M., & Lancia, U. U. (1990). Aspetti psicopatologici e psicosomatica della sclerosi multipla. *Medicina Psicosomatica*, 35(4), 283-297.
- Correia de Sá, J. & Cordeiro, C. (2008). *Esclerose múltipla*. Porto: Ambar.
- Eklund, V., & MacDonald, M. (1991). Descriptions of persons with multiple sclerosis, with an emphasis on what is needed from psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(4), 277-284. doi:10.1037/0735-7028.22.4.277.
- Ethin, A., Pittenger, C., Polan, H.J. & Kandel, E.R. (2005). Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *The Journal of Neuropsychiatry*, 17, 145-158.
- Foley, F., Bedell, J., LaRocca, N., Scheinberg, L., & Reznikoff, M. (1987). Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 919-922. doi: 10.1037/0022-006X.55.6.919.
- Fontoura, P. (2010). Fisiopatologia da esclerose múltipla. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à esclerose múltipla* (pp. 41-72). Lisboa: Biogen Idec.
- Ford, D., & Urban, H. (1998). *Contemporary Models of Psychotherapy: A Comparative Analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissioti, A., Långström, B. & Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59, 425-433.
- Gabbard, G. O. (2000) A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 117-122.
- Gilbert, M. & Orlans, V. (2011). *Integrative therapy – 100 key points and techniques*. London: Routledge.
- Ginestal, R.C. & Simões, R.M. (2010). Genética da esclerose múltipla. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à esclerose múltipla* (pp. 91-117). Lisboa: Biogen Idec.
- Hadley, J. & Staudacher, C. (1996). *Hypnosis for change* (3rd ed.). New York: MJF Books.
- Jensen, M.P., Barber, J., Romano, J.M., Molton, I.R., Raichle, K.A., Osborne, T.L. & ... Patterson, D.R. (2009). A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical And Experimental Hypnosis*, 57(2), 198-221. doi:10.1080/00207140802665476.
- Jensen, M.P., Ehde, D.M., Gertz, K. J., Stoelb, B.L., Dillworth, T.M., Hirsh, A.T. & Kraft, G.H. (2011). Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical And Experimental Hypnosis*, 59(1), 45-63. doi:10.1080/00207144.2011.522892.
- Kandel, E. R. (2001). Psychotherapy and the single synapse: The Impact of psychiatric thought on neurobiological research. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(2), 290-300.
- Liggan, D.Y. & Kay, J. (1999). Some neurobiological aspects of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(2), 103-114.
- Linden, D. E. & Fallgatter, A. J. (2009). Neuroimaging in Psychiatry: From bench to bedside. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 49. doi: 10.3389/neuro.09.049.2009.
- Linden, D.E.J. (2006). How psychotherapy changes the brain – The contribution of functional neuroimaging. *molecular Psychiatry*, 11, 528 -538. doi: 10.1038/sj.mp.4001816.
- Macário, M. C. (2010). Esclerose múltipla: Diagnóstico diferencial. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à esclerose múltipla* (pp. 293-318). Lisboa: Biogen Idec.
- Marques, J. P. (2010). EM – Formas/fases da doença. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à esclerose múltipla* (pp. 157-161). Lisboa: Biogen Idec.
- Martin, S.D., Martin, E., Rai, S.S., Richardson, M.A. & Royall, R. (2001). Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride. *Archives of General Psychiatry*, 58, 641-648.

- Mello, P. & Arruda, P.C.V. (2000). Mecanismos neuropsico-fisiológicos da hipnose. *Mudanças*, 8(14), 117-152.
- Paquette, V., Lévesque, J., Mensour, B., Leroux, J., Beaudoin, G., Bourgouin & Beaugard, M. (2003). "Change the mind and you change the brain": Effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage*, 18, 401-409. doi: 10.1016/S1053-8119(02)0030-7.
- Pedrosa, R. (2010). EM – Imagiologia. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 223-243). Lisboa: Biogen Idec.
- Peres, J.F.P. & Nasello, A.G. (2007). Psychotherapy and neuroscience: Towards closer integration. *International Journal of Psychology*, 43(6), 943-957. doi: 10.1080/00207590701248487.
- Peres, J., Mercante, J. & Nasello, A.G. (2005). Psychological dynamics affecting traumatic memories: Implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 431-447. doi: 10.1348/147608305X26693.
- Rabinowitz, A. & Arnett, P. (2009). A longitudinal analysis of cognitive dysfunction, coping, and depression in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 23(5), 581-591. doi: 10.1037/a0016064.
- Resende, M. (2003). Quatro etapas nas terapias de orientação regressiva: Indução, vivência, ab-reação e reestruturação. In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves (Coords.). *Psicologia da consciência* (pp. 217-232). Lisboa: Lidel.
- Rigby, S., Thornton, E. & Young, C. (2008). A randomized group intervention trial to enhance mood and self-efficacy in people with multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 619-631. doi: 10.1348/135910707X241505.
- Rocky Mountain MS Center. (2010). Recap: Invisible Symptoms Seminar - **Living well with MS**. eMS News, April 28.
- Roffman, J.L., Marci, C.D., Glick, D.M., Dougherty, D.D. & Rauch, S.L. (2005). Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychological Medicine*, 35, 1385-1338.
- Serra, J. (2003). *Psicoterapia Integrada: um modelo para o processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.
- Shundoff, S. K. (2005). Psychosomatic theory and the utilization of psychological self-help techniques in multiple sclerosis. *Dissertation Abstracts International*, 65.
- Simões, M. & Peres, M. J. (2003). Estados modificados de consciência e TRVC (Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva). In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves (Coords.). *Psicologia da consciência* (pp. 283-293). Lisboa: Lidel.
- Stoelb, B.L., Molton, I.R., Jensen, M.P. & Patterson, D.R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 24-39. doi: 10.1002/ch.370.
- Sutherland, G., Andersen, M. & Morris, T. (2005). Relaxation and health-related quality of life in multiple sclerosis: The example of autogenic training. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 249-256. doi:10.1007/s10865-005-4661-2.
- Vale, J. (2010). EM – Esclerose múltipla: Manifestações clínicas. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à esclerose múltipla* (pp. 131-155). Lisboa: Biogen Idec.